|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1：**重庆医科大学2024年第二学士学位报名申请表** | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | | 出生日期 |  | | | 1寸免冠照片 | |
| 政治面貌 |  | | 民族 | |  | | 籍贯 |  | | |
| 联系电话 |  | | | | 身份证号 | |  | | | |
| 本科毕  业学校 |  | | | | 本科毕  业专业 | |  | | | |
| 本科毕  业时间 |  | | | | 本科毕业证书编号 | |  | | | 是否  健康 | |  |
| 本科获得  学位时间 |  | | | | 学士学位证书编号 | |  | | | 是否  就业 | |  |
| 通讯地址 |  | | | | | | | 邮编 |  | | | |
| 报考专业**（三选一）** | □临床药学 | | | □智能医学工程 | | | □公共事业管理 | | | | | |
| 英语等级  考试成绩 | 英语四级 | | |  | | | 英语六级 | |  | | | |
| 家庭主  要成员 | 姓名 | | 与本人关系 | | | 工作单位及职务 | | | | | 联系电话 | |
|  | |  | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | | |  | |
| 学习与工作经历（高中毕业后起） | 起止年月 | | 就读学校 | | | 获奖情况 | | | | | 证明人 | |
|  | |  | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | |  | | | | |  | |
| 在校或工作期间获得何种资格认证、受过何种奖励或处分 | |  | | | | | | | | | | |
| 考生签  字确认 | 本人已经认真阅读《重庆医科大学2024年第二学士学位招生简章》并承诺以上所填报的信息及所有报名材料均真实有效，如有弄虚作假或其他违法违规行为，自愿接受相关法律法规处理。  考生（承诺人）签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |

注：《申请表》需考生本人手写签字确认后方可有效。